CHAPITRE 7 : APPAREIL LOCOMOTEUR

PRINCIPES DE L'EXAMEN OSTÉO-ARTICULAIRE

Entretien

1. Douleur (sdd 67) :
- Principal symptôme +++
- En préciser :
  - Localisation : précise ou non, uni ou plurifocale.
  - Irradiations.
  - Mode de début : brutale ou progressive.
  - Durée d'évolution.
  - Circonstances d'apparition : trauma, spontanée, effort… (sdd 173 ; 175).
  - Intensité : EVA avec douleur moyenne et douleur la + intense les jours précédents.
  - **Type : mécanique ou inflammatoire +++**.
  - Traitements et efficacité.
  - Retentissement fonctionnel : limitation des activités, périmètre de marche (sdd 66).

Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Max le soir	Max au réveil
Pas de réveil nocturne	Réveil en 2de partie de nuit
Pas de dérouillage matinal (ou bref)	Dérouillage matinal > 30 min
Aggravé par effort/mouvement	Aggravé par inactivité prolongée
Soulagé par repos	Soulagée par activité modérée

2. **Impotence fonctionnelle** → impossibilité à se mouvoir normalement.
- Peut-être provoquée par douleur, crainte de douleur, limitation d'amplitude articulaire ou déficit moteur.
- Préciser retentissement (index fonctionnels ex : indice de Womac pour les membres inférieurs (MI)).

3. Raideur → limitation de mobilité d'une articulation (sdd56).
- Permanente ou transitoire.
- Préciser horaire et durée.

4. Instabilité → sensation de déplacement inhabituel et involontaire d'un membre.
- L'instabilité de genou peut être ressentie comme un « dérobement » à la marche (sdd 75 ; 66).

Inspection

- S'intéresse en priorité aux articulations ou os sièges d'un symptôme, mais doit être systématique pour rechercher une atteinte pluri-articulaire.
- Rechercher :
  - **Déformation** (sdd 70) :
    - Du rachis : scoliose, cyphose, lordose.
    - Fracture ou luxation si trauma (sdd 173 ;175).
    - Des articulations périphériques (mains/pieds) si rhumatisme chronique.
  - **Gonflement** → signe l'inflammation avec ou sans épanchement.
    - Peut également signer une tumeur.
  - **Signes inflammatoires locaux** (rougeur, gonflement).
  - **Amyotrophie**.
    - Souvent conséquence de la baisse d'utilisation liée à la douleur/raideur.
    - Parfois sur maladie musculaire ou neurologique.

- Examen de la marche → évaluation globale de l'appareil locomoteur.
- Rechercher boiterie d'esquive lié à la douleur ou boiterie sur asymétrie de mouvement.
- Déterminer distance ou temps de marche sans douleur (sdd 35).
- Rechercher atteinte neuro associée.

Palpation

- Rechercher :
  - Point douloureux.
  - ↑ chaleur.
  - Tuméfaction :
    - Dure → construction osseuse.
    - Rénitente → synovite, épanchement articulaire.

<table>
<tr><td rowspan="1"></td><td>Analyse des mobilités articulaires</td><td>- Bilatérale et comparative.
- Commencer par côté asympto pour éviter douleur + crainte anticipatoire avec contraction musculaire.
- 2 temps :
• Mobilisation passive → patient détendu.
○ Blocage à la mobilisation passive → atteinte articulaire.
• Mobilisation active → effectué par le patient, peut être contrariée pour accentuer les symptômes.
○ Si douleur à la mobilisation contrariée + indolore au passif → atteinte tendineuse.
- Noter présence et degré d'amplitude (goniomètre) pour chaque mouvement avec blocage/douleur.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">ARTHROSE ET ARTHRITE</td><td colspan="2">- Arthrite : inflammation d'une ou plusieurs articulations (atteinte inflammatoire).
- MonoArthrite : une articulation.
- OligoArthrite : 2 ou 3 articulations.
- PolyArthrite : > 3 articulations.
- Causes :
• Infectieuses (bactérienne pour mono-oligo, virale pour polyarthrite).
• Microcristallines (urate de calcium → goutte ; pyruvate de calcium → chondrocalcinose).
• Dysimmunitaires.
- Arthrose : dégradation du cartilage articulaire +/- complète associée à des lésions mécaniques de l'os sous-chondral et des membranes synoviales en regard (atteinte dégénérative).
- Liée au vieillissement du cartilage, aggravée par des contraintes mécaniques répétées, associée à des facteurs génétiques.</td></tr>
<tr><td>Examen clinique</td><td>- L'entretien détermine le type de douleur : mécanique (arthrose) ou inflammatoire (arthrite).
- Examen physique → recherche signes inflammatoires locaux (rougeur, chaleur) + gonflement (arthrite).</td></tr>
<tr><td rowspan="5">POLYARTHRITE</td><td>Définitions</td><td>- PolyArthrite : > 3 articulations.
- Aiguë ou chronique : selon si > ou < à 3mois.
- Arthralgies : douleurs articulaires sans épanchement liquidien, causes multiples.</td></tr>
<tr><td>Orientation diagnostique</td><td>- Préciser :
• Caractéristiques des atteintes articulaires.
• Atteintes péri-articulaires.
• Atteintes extra-articulaires.
- Causes multiples : infectieuses, microcristallines, inflammatoires.</td></tr>
<tr><td>Atteinte articulaire</td><td>- Définie par plusieurs articulations douloureuses, gonflées, avec épanchement articulaire.
- Préciser :
• Topographie et type d'articulation : grosses (hanche, genou, cheville, coude, épaule) ou petites. Préciser atteintes mains (MCP, inter-phalangiennes distale ou prox).
• Caractère bilatéral, symétrique ou non.
• Caractère migrateur (change d'articulation) ou fixe.
• Atteinte rachidienne (préciser le niveau) → définit atteintes périphériques, axiales ou mixtes.
• Atteintes des sacro-iliaques uni ou bilat.
- Certaines localisations orientent le diag :
• Temporo-mandibulaire → polyarthrite rhumatoïde.
• Thoracique antérieure, sterno-costales → spondyloarthrite.</td></tr>
<tr><td>Atteinte péri-articulaire</td><td>- Enthésopathie (douleur à l'insertion des ligaments/tendons) → spondylarthropathie.
- Les + fréquentes → tendon d'achille/aponévrose plantaires → talalgies inflammatoires (max la nuit).</td></tr>
<tr><td>Atteinte extra-articulaire</td><td>- Rechercher :
• Signes généraux :
○ Fièvre (sdd 44), amaigrissement (sdd 17), état général altéré→ origine infectieuse si aiguë ou polyarthrite rhumatoïde.
• Atteintes cutanées et ophtalmo +++ → origine inflammatoire (sdd 186).
○ Psoriasis, nodules rhumatoïdes, rash malaire + alopécie (lupus) ou rash vespéral (Still), syndrome de Raynaud (sdd 15) (connectivites), syndrome sec (sdd 141) (Gougerot-Sjögren), tophus goutteux, purpura infiltré et polymorphe (sdd 89) (vascularite), érythème noueux (sarcoïdose), aphtose (Behcet), uvéite, sclérite.
• Autres organes :
○ Poumons (pneumopathie interstitielle), reins (glomérulonéphrite), système nerveux (méningite, neuropathie périph), digestif (MICI)…</td></tr>
</table>

EXAMEN DU RACHIS

Entretien

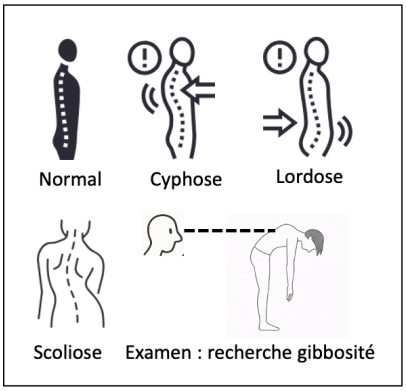
- Douleur +++ (sdd 72) :
- Siège.
- Irradiations radiculaires (C5-C8 pour rachis cervical, L3-S1 pour lombaire).
- Intensité (EVA).
- Durée d'évolution.
- Horaire (inflammatoire ou mécanique).
- Facteurs déclenchants (position, toux, orientent vers hernie discale), aggravants et antalgiques.

- Ex : Lumbago → rachialgie la + fréquente, survenue brutale, sur mouvement brusque du rachis, très intense, limitation de mouvement, amélioré par repos, durée de qq jours.

Examen physique

- Patient debout, dévêtu :

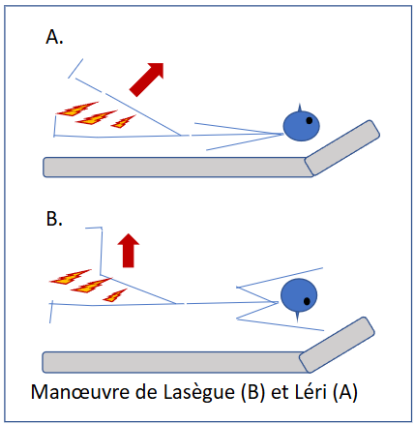
1. Inspection
- **Plan sagittal** : recherche accentuation courbure (hyperlordose lombaire, hypercyphose dorsale) ou absence de courbure.
- **Plan frontal** : alignement épineuses, **attitude scoliotique** (alignement corrigé en antéflexion) ou **scoliose** (gibbosité en antéflexion).
- Recherche attitude antalgique en latéroflexion ou rotation.
- Recherche amyotrophie, symétrique ou non (mb et ceintures).



2. Palpation
- **Épineuses** : point douloureux exquis (niveau)/Signe de la sonnette : la pression de la zone douloureuse para-vertébrale reproduit l'irradiation radiculaire.
- **Masses musculaires** : contracture paravertébrale ou trapèzes.

3. Recherche d'une raideur (limitation de mobilité) (sdd 56)
- **Rachis cervical** : Flexion/extension (N 60°) ; latérale (N 45°) ; Rotations (N 85°).
- **Rachis dorsal** : Normalement pas de mobilité sagittale/frontale ; ampliation thoracique (≠ entre périmètre tho inspi et expi au niveau xiphoïde, N 6-7 cm).
- **Rachis lombaire** :
  - Distance doigt-sol : antéflexion, jambes tendues, mesure distance entre bout des doigts et sol (non spécifique).
  - Indice de Shöber modifié : repérer L5 (niveau des EIPS), marquer repère 5 cm dessous et 10 cm au-dessus. En antéflexion la mesure doit ↑ de 5 cm (soit 20 cm en tout).
  - Inclinaisons latérales : mesure distance majeur/sol, bras long du corps, dos au mur (évite antéflexion).
  - Recherche douleur lombaire en hyperextension → souffrance des articulations postérieures (sdd 36).

4. Examen neurologique
- Si irradiation douleur rachis vers membre → radiculalgie.
  - Noter racines concernées : NCB (C5C8), cruralgie (L3L4), sciatalgie (L5S1), trajet sciatalgie parfois tronqué (ex douleur fesse uniquement).
  - Reproduire douleur par manœuvre d'étirement : manœuvre Léri pour cruralgie, Lasègue pour sciatalgie.
  - Manœuvre + si douleur **radiculaire**, noter l'angle de déclenchement.

<table>
<tr><td rowspan="4">EXAMEN DE LA HANCHE</td><td></td><td>


Manœuvre de Lasègue (B) et Léri (A)

Syndrome lésionnel (compression d'une racine à sa sortie du rachis)

Déficit sensitif ou moteur radiculaire/abolition du ROT/syndrome de la queue de cheval (tb sphinctériens et anesthésie en selle).

Syndrome sous-lésionnel (compression de la moelle).

Syndrome pyramidal + déficit sensitif sous la compression.
Attention pas de moelle sous L2.

- Douleurs rachis fréquentes, nombreuses causes, mécaniques +++ (arthrose, hernie discale).
- Si irradiation vers un mb → plutôt radiculalgie → examen neuro pour recherche signes de compression radiculaire ou médullaire (gravité +++).</td></tr>
<tr><td>Entretien</td><td>
- Douleur : (sdd67)

Localisation la + fréquente au pli inguinal, parfois fesse ou grand trochanter (évoque plutôt tendinite moyen fessier).
Irradiation parfois face antérieure cuisse jusqu'au genou (diag différentiel avec radiculalgie L4, gonalgie) (sdd71).

- Traitement entrepris : Lesquels ? Efficacité ?
- Retentissement fonctionnel : Limitation distance marche/activité vie courante.</td></tr>
<tr><td>Inspection</td><td>
- Aspect téguments : érythème, tuméfaction, ecchymose.
- Attitude vicieuse : (sdd 70)

Flessum de hanche → impossibilité d'extension complète.
Impossibilité de flexion complète (position assise impossible).
Rotation externe irréductible (fracture du col du fémur).

- Amyotrophie quadriceps : mesure bilatérale du diamètre, 15 cm au-dessus du bord sup de la patella.
- Recherche boiterie à la marche (sdd68).</td></tr>
<tr><td>Palpation</td><td>- Tuméfaction (pli inguinal, grand troch, fesse, rachis lombaire).
- Zones douloureuses (mêmes zones).</td></tr>
<tr><td>Mobilisation</td><td>
1. Mobilisation passive

Selon 3 axes avec 6 mouvements possibles :

Flexion (N 130°±10) : DD, flexion mb inf, une main sous les lombes pour empêcher flexion rachis.
Extension (N 10 à 30°) : DV soulever MI, en appuyant sur la fesse pour maintenir le bassin.
Abduction (N 30°) : DD, bloquer bassin avec une main sur l'EIAS homolatérale
Rotation externe (N 45°) : DV genou fléchi à 90° ou DD hanche + genou à 90°, porter le pied en dedans.
Rotation interne (N 30°) : idem rotation externe, mais pied en dehors.

2. Mobilisation contre résistance

Rotation interne contrariée.
Salut coxal : DD, MI tendu et décollé du lit entre 0 et 45°. Est dit « résisté si le patient maintient la position contre résistance modérée, « douloureux » si déclenche une douleur → détermine l'origine coxo-fémorale d'une douleur du pli inguinal.
Clinostatisme : en DD, impossibilité de décoller le MI du plan du lit→ atteinte cotyle ou petit trochanter.
Abduction contrariée : Douleur trochantérienne → tendinite moyen fessier.
Adduction contrariée : Douleur inguinale → tendinite des adducteurs.

</td></tr>
</table>

EXAMEN DU GENOU	Entretien	- Contexte professionnel et sportif ? - Douleur : • Localisation précise, horaire, facteurs aggravants (montée ou descente escaliers, terrain accidenté, passage assis-debout). • Rettentissement : distance de marche, conso antalgiques. • Épisodes de blocages articulaires en flexion/extension → ménisque ou corps étranger intra-articulaire. • Épisodes de dérobement (le genou « ne tient pas ») → origine ligamentaire. • Si douleur mécanique : ○ **Syndrome fémoropatellaire** → douleur antérieure, majorée à descente d'escalier, accroupissement ou station assisse prolongée (« signe du cinéma). ○ **Syndrome fémorotibial** → douleur face latérale interne ou externe (compartiment fémorotibial int ou ext), majorée à la marche sur terrain irrégulier.
	Inspection	- Inflammation locale (tuméfaction, rougeur). - Épanchement (perte du relief rotulien et des fossettes latérales). - Amyotrophie quadricipitale : mesure diamètre, 15 cm au-dessus du bord sup de la patella. - Examen de la marche : boiterie d'esquive. - Troubles statiques (debout) : • ***Genou varum :*** déviation vers l'int de l'axe du tibia par rapport à la cuisse. • ***Genou valgum :*** déviation vers l'ext de l'axe par rapport à la cuisse. • ***Recurvatum :*** hyperextension du genou. • ***Flessum :*** impossibilité d'extension complète du genou.
	Palpation	- Reliefs osseux, interlignes articulaires, ménisques → point douloureux ? - Recherche épanchement articulaire : • **Choc rotulien** : une main empaume le cul-de-sac sous quadricipital, l'autre la partie sup de la jambe→ refoulement liquide articulaire derrière la rotule→ pression avec index sur la rotule → si épanchement la rotule percute la trochlée après avoir « flotté » sur le liquide. • **Signe du flot :** main refoule le liquide synovial du cul-de-sac vers les condyles, les doigts de la main positionnée de part et d'autre de la patella s'écartent sous l'effet du liquide refoulé → épanchements minimes. - Kyste poplité : en décubitus ventral (DV) palpation d'une tuméfaction médiale du creux poplité, rénitente.
	Mobilisation	- Flexion/extension (N 160°) : recherche flessum, recurvatum, distance talon-fesse. - Laxité : • Antéro-post : recherche tiroir antérieur à 30° de flexion (signe de Lachman) ou à 90° ou d'un tiroir post à 90° → LCA ou LCP. • En valgus/varus. - Syndrome fémoro-patellaire : • Signe du rabot : perception d'un craquement lors du glissement de la rotule contre la trochlée. • Douleur à la palpation des facettes rotuliennes (« toucher rotulien »). • Manœuvre de Zohlen : douleur à l'ascension contrariée de la rotule lors d'une contraction quadricipitale. - Signes méniscaux : • Cri méniscal : patient en DD, genou demi-fléchi, douleur à la palpation des ménisques ou des interlignes ext ou int. • « Grinding test » : DV, genou fléchi à 90°, douleur à la compression du tibia contre le fémur, en association à des mouvements de rotation interne et externe. • Test de Mac-Murray : ressaut douloureux aux mouvements de flexion/extension associée à des rotations de genou.

Principaux syndromes

	Localisation douleur	Signes associés	Facteurs déclenchants	Manœuvres
Fémoro-patelllaire	Face antérieure genou	Craquements, dérobements, instabilité	Marche en descente, Descente d'escalier	Signe du rabot, Zohlen
Méniscal	Latérale, palpation interligne fémoro-tibiale	Blocage en extension	Effort sportif, Accroupissement prolongé	Grinding test Mac murray
Ligamentaire	Peu ou pas de douleur	Dérobements, instabilité	Trauma	Lachman (LCA) Recurvatum (LCP) Laxité latérale en extension (ligaments collatéraux)
Tendineux (quadri)	Face antérieure, palpation tendon genou fléchi		Étirement en flexion	Extension contrariée à partir de la flexion max

EXAMEN DE LA CHEVILLE ET DU PIED

Inspection

- En décubitus + debout.
- Debout : le pied repose sur son bord ext, bord interne concave avec arc de 1,5 cm de haut.
- Si arc + concave → pied creux/ - concave ou inexistant → pied plat.
- Axe arrière pied N est vertical, si dévié intérieur → Varus/dévié extérieur → Valgus.
- « Hallux valgus » →déviation base du gros orteil vers l'extérieur base 1er méta. La bourse en regard peut être douloureuse et inflammatoire (« oignon »).

Mobilisation

- **Amplitudes sagittale** : angle à 90° au repos.
  - Si fixé en flexion plantaire → **en équin**.
  - Si fixé en flexion dorsale → **en talus**.
- Flexion plantaire (N : 45°), dorsale (N : 25°).
- Amplitude coronales : inversion (N : 30°), éversion (qq degré seulement).
  - Se fait en immobilisant la cheville d'une main, en empoignant le calcanéum de l'autre et en imprimant le mouvement d'inversion ou éversion.
  - Augmentation d'amplitude → hyperlaxité (séquelle d'entorse ?)

EXAMEN DE L'ÉPAULE

- Limité dans ce chapitre aux atteintes de la coiffe des rotateurs.

Entretien

- Activités pro et sportive.
- Circonstance de survenue et caractéristiques de la douleur.
- Retentissement fonctionnel.

Mobilisation

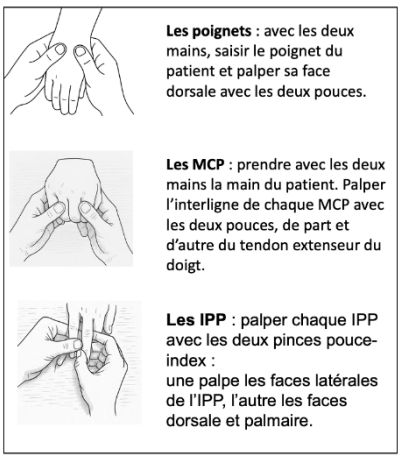
1. Amplitude (d'abord en actif puis en passif) :
- Flexion (antépulsion) (N : 180°).
- Abduction (N : 180°) → articulation scapulo-humérale 90° + glissement omoplate sur thorax 90°.
- Rotation externe, coude mi-fléchi (N : 80°).
- Rotation interne, main dans le dos puis mesure distance C7-pouce ou en notant la vertèbre atteinte par la main.

- 1re mobilité limitée si atteinte articulation gléno-humérale→ Rotation externe.

2. Conflit sous-acromial :

- Conflit répété des tendons de la coiffe avec le bec antéro-inf de l'acromion et le ligament acromio-coracoïdien.
  - **Test de Neer** : élévation passive épaule, main en pronation, en bloquant la rotation de l'omoplate/Test + si douleur entre 60 et 120°.
  - **Signe de Yocum** : main du patient posé sur l'épaule opposée, bras à 90° de flexion (antépulsion)/faire lever le coude contre résistance.
  - **Signe de Hawkins** : bras à 90° de flexion, coude fléchi à 90°, mouvement de rotation interne (descente de main coude fixe).

3. Coiffe des rotateurs :
- **Test long biceps → palm-up test**
  Patient de face, coude à 90° de flexion contrariée.
- **Test supra-épineux → Jobe**
  Bras dans le plan de l'omoplate (30° vers l'avant) à 90° d'abduction, pouce vers le bas, résistance contre pression vers le bas de l'examinateur.

<table>
<tr><td></td><td></td><td>
• Test infra-épineux → Patte
Derrière le patient, rotation externe contrariée, bras à 90° d'abduction.
• Test sub-scapulaire → Gerber
Main dans le dos au niveau de la ceinture, poing fermé, décoller le poing de la ceinture et maintenir la position.
- Causes les + fréquentes de douleur de l'épaule :
→ tendineuses.
→ manœuvres dynamiques douloureuses+++/mobilités passives conservées (sauf atteinte évoluées, ancienne)/amplitudes actives conservées.
- Limitation en passif → souffrance articulation gléno-humérale.
- Limitation en actif → souffrance de la coiffe.
</td></tr>
<tr><td rowspan="4">EXAMEN DU COUDE</td><td>Inspection</td><td>- Avant-bras tendu : angle ouvert N : 170° H et 160 ° F.
- Rechercher : flessum coude, gonflement avec perte de relief, signes inflammatoires locaux.</td></tr>
<tr><td>Palpation</td><td>- Repérer olécrane, épicondyle, épitrochlée : alignés en extension, en triangle en flexion
- Épanchement articulaire : « signe du flot » : pouce et index de part et d'autre de l'olécrane, coude fléchi, reflux liquide dans gouttière épitrochéenne à la pression de la gouttière épicondylienne (ou inversement).</td></tr>
<tr><td>Mobilisation</td><td>- Extension (N : 180°)
- Flexion (N : 10 à 15°)
- A 90° rotation de 180° entre la pronation et la supination.</td></tr>
<tr><td>Principales pathologies</td><td>1. Epicondylite ou tennis elbow
• Souffrance tendineuse des muscles épicondyliens (supination et extension poignet et doigt)/douleur au niveau de l'épicondyle, irradiation possible muscles attenants, provoqués par les mouvements ci-dessus.
2. Bursite olécranienne
• Inflammation bourse séreuse en regard de l'olécrane → tumefaction superficielle molle, inflammatoire, sans limitation mobilité.
3. Arthrite du coude
• Gonflement inflammatoire coude + épanchement intra-articulaire, diminution de mobilité + flessum antalgique.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">EXAMEN DU POIGNET ET DE LA MAIN</td><td>Inspection</td><td>Rechercher :
- Tuméfaction articulaire ou des tendons.
- Déformation, désaxation des doigts.
- Attitude vicieuse des MCP, IPP, IPD en flexion ou hyperextension.</td></tr>
<tr><td>Palpation</td><td>Rechercher :
- Synovite : gonflement mou effaçant l'interligne articulaire.
- Épanchement articulaire : tuméfaction rénitente.
- Ténosynovite (inflammation gaine tendons fléchisseurs des doigts) : tuméfaction tendineuse et crissement à la palpation des tendons en à la flexion/extension.
 
Les poignets : avec les deux mains, saisir le poignet du patient et palper sa face dorsale avec les deux pouces.
Les MCP : prendre avec les deux mains la main du patient. Palper l'interligne de chaque MCP avec les deux pouces, de part et d'autre du tendon extenseur du doigt.
Les IPP : palper chaque IPP avec les deux pinces pouce-index : une palpe les faces latérales de l'IPP, l'autre les faces dorsale et palmaire.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">EXAMEN D' UNE FRACTURE</td><td colspan="2">- Fracture : interruption de continuité osseuse (traumatique ou non, ostéoporose, tumeur…)
- Diagnostic clinique souvent aisé (douleur intense + déformation + impotence), se confirme radiologiquement.</td></tr>
<tr><td>Entretien</td><td>- Circonstances : AVP, accident du travail, sport, position, cinétique du trauma.
- Terrain : affection favorisante (ex : ostéoporose), facteurs retardant la consolidation (ex : âge, tabac, dénutrition).
- Douleur : constante, intense voire syncopale, majorée à la mobilisation.
- Impotence fonctionnelle : variable selon le site et le déplacement de la fracture.
- Membre dominant.
- Profession.</td></tr>
</table>

	Inspection	Œdème/Ecchymose/Déformation.
	Palpation	Douleur exquise au niveau du foyer/mobilité anormale et douloureuse (éviter de trop mobiliser).
	Complications immédiates +++	**- Générales :** choc hémorragique, embolie graisseuse, autre traumatisme. **- Cutanées :** plaie (fracture ouverte), nécrose, infection (rougeur, chaleur), phlyctènes. **- Vasculaires :** abolition des pouls en aval, ischémie en distalité (extrémités froides), hémorragie localisée. **- Neurologiques (**élongation, contusion, section, compression) : déficit sensitif/moteur distal par atteinte tronculaire périphérique. **- Syndrome de loge :** augmentation de pression liée à l'expansion du volume fracturaire, inflammatoire, hémorragique dans une loge inextensible → douleur +++, troubles sensitivomoteurs et tardivement perte de pouls.
EXAMEN D' UNE LUXATION	**- Luxation** : perte de contact entre 2 surfaces articulaires, peut intéresser toutes les articulations. - Confirmation diagnostique par imagerie avec recherche de fracture associée. - Sa réduction est une urgence.	
	Entretien	- Douleur aiguë de l'articulation. - Circonstances : trauma ou mouvement luxant. - Délai depuis luxation. - ATCD similaires (articulation instable). - ATCD favorisants : hyperlaxité constitutionnelle, Marfan, entorses. - ATCD chirurgicaux.
	Inspection	**- Impotence fonctionnelle** (immédiate et permanente). **- Déformation** (attitude vicieuse et antalgique). - Raccourcissement (hanche) ou allongement du membre (épaule). - Rechercher complications cutanées, vasculaires, neurologiques.
	Palpation	Perte des rapports articulaires normaux : **- Épaule** : tête humérale dans le sillon delto-pectoral, perte de la rotation externe. **- Genou** : patella sur le bord externe du genou dans le plan sagittal. **- Coude** : olécrane saillant sous la peau. **- Cheville** : vide sous-malléolaire.
	Luxations les + fréquentes	**1. Gléno-humérale :** - Perte du galbe de l'épaule. - Signe de l'épaulette. - Coup de hache externe. - Vacuité de la région sous-acromiale. - Comblement du sillon delto-pectoral. - Abduction irréductible. **2. Coxo-fémorale :** **- Antérieure :** abduction, rotation externe et raccourcissement du membre. **- Postérieure :** adduction, rotation interne et raccourcissement du membre.
EXAMEN D' UNE ENTORSE	**- Entorse :** lésion traumatique d'un ligament. - Bénigne (élongation), modérée (rupture partielle), grave (rupture complète). - Rupture complète → laxité articulaire.	
	Entretien	- Mode de vie, profession, activité sportive. - Date de survenue. - ATCD similaires et TTT effectués (rééducation, chir ?) - Sensation d'instabilité, craquement audible ? - Douleur : localisation/intensité/facteur aggravant/facteur soulageant.
	Inspection	État cutané : dermabrasion, œdème (sdd 54), ecchymose (sdd 89), hématome, déformation, chaleur.
	Palpation	- Palpation des trajets ligamentaires à la recherche de la douleur. - À distance (3 semaines, après disparition douleur) : chercher hyperlaxité résiduelle.